

Marta Maia e Pedro Moura Ferreira (Orgs.)

VIH/SIDA E CIÊNCIAS SOCIAIS

Diversidade e percursos de investigação

Edições Afrontamento

ÍNDICE

- 7 Introdução ■ Marta Maia e Pedro Moura Ferreira
- 13 Capítulo 1: Dinâmicas institucionais na construção de respostas à epidemia de SIDA: virtudes, desafios e limitações do papel das ONGs ■ Alexandra Lopes
- 31 Capítulo 2: Respostas institucionais à SIDA: o papel do Estado e das ONGs ■ Ana Delicado
- 49 Capítulo 3: Trabalhadoras do sexo no Brasil e em Portugal em tempos de VIH/SIDA: reflexões sobre a atuação de instituições não-governamentais ■ Luis Junior Costa Saraiva
- 71 Capítulo 4: Global, local e vice-versa: a política brasileira de HIV/SIDA ■ Cristiana Bastos
- 89 Capítulo 5: VIH/Sida e sistema jurídico: incluir, não discriminar, humanizar, ou o modelo de inclusão sem discriminação ■ Maria do Céu Rueff
- 109 Capítulo 6: Representações sociais das sexualidades e da prevenção do VIH/Sida: o caso das proteções imaginárias e simbólicas ■ Rommel Mendês-Leite
- 129 Capítulo 7: Entre saberes e práticas: reflexão sobre o VIH/Sida entre pessoas sem-abrigo ■ Rita Rodrigues
- 147 Capítulo 8: A despistagem do VIH/Sida: razões e representações dos utentes do teste rápido no CAD de Bragança ■ Fernando Bessa Ribeiro e Octávio Sacramento
- 175 Capítulo 9: Perceções e práticas em relação ao teste do VIH de utentes do CAD de Aveiro ■ Marta Maia e Khalid Fekhari
- 189 Capítulo 10: Realizar ou não o teste do VIH: razões e determinantes sociais ■ Pedro Moura Ferreira e Marta Maia

Título VIH/SIDA e Ciências Sociais: diversidade e percursos de investigação

Organizadores Marta Maia e Pedro Moura Ferreira

© 2014 Edições Afrontamento

Edição Edições Afrontamento / Rua Costa Cabral, 859 / 4200-225 Porto
www.edicoesafrontamento.pt / comercial@edicoesafrontamento.pt

Colecção Biblioteca das Ciências Sociais / Sociologia / 91

Nº de edição 1577

ISBN 978-972-36-1358-2

Depósito legal 370528/14

Impressão e acabamento Rainho & Neves Lda. / Santa Maria da Feira
geral@rainhoeneves.pt

Distribuição Companhia das Artes – Livros e Distribuição, Lda.
comercial@companhiadasartes.pt

Global, local e vice-versa: a política brasileira de HIV/SIDA

RESUMO

A política brasileira face à epidemia de VIH/SIDA é vista como um caso exemplar e muitas vezes apontada como um modelo a seguir noutros lugares. Os cientistas sociais são frequentemente indagados sobre as razões desse sucesso. A análise não se pode, porém, restringir a uma única variável e a interpretação deste caso histórico envolve não apenas as esferas política, social, económica, jurídica, médica e de saúde pública, mas também as articulações multidirecionais entre sociedade civil, órgãos transnacionais e Estado. Neste artigo realçamos o modo como estes fluxos permitiram, num momento crucial da história da epidemia, reconfigurar as prioridades da saúde pública e dar centralidade aos direitos dos portadores de VIH, tendo como consequência não apenas uma humanização da epidemia mas também a inovação – que se revelou positiva – nos modos de a combater.

INTRODUÇÃO

O Brasil é hoje consensualmente apontado como modelo e referência no campo da luta contra a SIDA e das políticas públicas de prevenção e tratamento da infeção por HIV. Vêm aplausos de norte a sul, da esquerda e da direita, de religiosos e de laicos: a

(1) Uma versão preliminar deste texto foi apresentada na conferência *The Politics of AIDS: Globalization and Civil Society* (Göteborg University & Museum of World Culture, 2006), e deu origem ao artigo «From global to local and back to global: the articulation of politics, knowledge and assistance in Brazilian responses to AIDS», incluído no volume de Maj-Lis Follér e Håkan Thörn *The Politics of AIDS: Globalization, the State and Civil Society* (New York: Palgrave Macmillan, 2008). Agradeço aos editores a gentil autorização para publicar esta adaptação para português.

verdade é que o Brasil conseguiu, diz-se, fazer frente à epidemia, reduzir o seu ritmo de propagação, dar assistência aos infetados, fazer campanhas claras e eficazes, lutar contra as injustiças induzidas pelos tratados comerciais envolvendo patentes de medicamentos, subverter e contrariar as previsões do Banco Mundial. Assim acontecia em 2000, quando, em vez do projetado milhão e duzentos mil pessoas, havia cerca de 600 mil portadores de HIV – ou seja, metade do que estava previsto². Uma vitória contra as estatísticas e as previsões, e toda uma outra qualidade (e quantidade) de vida para os seropositivos. Em setembro de 2005 havia no Brasil cerca de 170 mil utilizadores de terapias antirretrovirais, com uma adesão de 75%³. Simultaneamente, os técnicos, médicos e ativistas envolvidos com a epidemia no Brasil passaram a intervir significativamente na assistência internacional.

Quais as razões deste sucesso? Como veremos mais abaixo, os analistas têm apontado várias: sociedade civil forte, capacidade técnica de produzir medicamentos e programas de prevenção, vontade política de os proporcionar na rede pública, capacidade de negociar com as organizações internacionais. Neste capítulo tentaremos contextualizar essas razões e ir um pouco mais longe, mostrando como a articulação da ação local e dos fluxos globais de financiamento e conhecimento criaram uma conjuntura única que permitiu que um cenário fragmentado e tenso, como era o que existia na década de 1980, desse lugar a uma plataforma de ação conjugada que, a partir de meados da década de 1990, permitiu o desenvolvimento de um programa nacional de prevenção e assistência exemplar e inspirador para os demais países do mundo.

BREVE RETROSPECTIVA

Muita coisa mudou desde o meu primeiro contacto com o mundo das intervenções e políticas de HIV no Brasil, que remontam a 1989-90⁴. Ao tempo, entre doentes, infetados, vulneráveis, famílias e grupos afetados, ativistas, médicos, especialistas de saúde pública, epidemiologistas e cientistas sociais, todos enfrentavam enormes dificuldades e múltiplos obstáculos, num quadro que se resumia a um futuro comprometido num

(2) Para números mais precisos, que indicam assimetrias e diferenças no controlo da epidemia no Brasil, veja-se <http://www.aids.gov.br/> (acedido em 01/10/2012).

(3) http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/LatinAmerica.asp (acedido em 01/10/2012).

(4) Fiz uma breve visita exploratória em 1989 e levei a cabo trabalho de campo entre 1990 e 1992, seguido de algumas visitas de acompanhamento com envolvimento em diversas frentes de trabalho. A pesquisa fez parte do doutoramento em antropologia na City University of New York Graduate Center, que seria publicada como *Global Responses to AIDS – science in emergency* (Bastos, 1999). Aproveito a ocasião para reiterar os meus agradecimentos aos colegas, amigos e interlocutores que me acolheram formal e substantivamente no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional (UFRJ), Instituto de Medicina Social (UERJ), serviços de DIP do Hospital Universitário da UFRJ e da UFF, às ONGs ABIA, Pela VIDA, GAPA e muitos outros lugares.

presente de ansiedades. Poucos, porém, ficaram parados; muitos foram à luta, inventando modos de contornar essas dificuldades; fizeram-no nas comunidades, nos locais de tratamento e assistência, nas escolas, igrejas, bares, clubes, tribunais, associações, ONGs, universidades, reuniões.

Dez anos depois, muitas destas pessoas tinham-se tornado consultores de sucesso para uma variedade de países em África, na Ásia, Europa Oriental e agências internacionais. O Brasil tinha-se tornado exportador global de conhecimento, experiência e capacidade de intervir na epidemia. O que mudou entretanto? Como veremos abaixo, todo um entretecer de fatores sociais, políticos e científicos geraram esta situação particular, preliminarmente analisada por Foller (2005) e Biehl (2005) em termos de ativismo de cidadania e saúde.

AS FRATURAS MUNDIAIS, ANTES E DEPOIS DO «COCKTAIL»

O anúncio público sobre os definitivos avanços terapêuticos anti-HIV, feito na conferência internacional de SIDA de 1996, em Vancouver, Canadá, foi um momento histórico, um marco, uma mudança radical no cenário da luta contra a epidemia. E com essa viragem parecia regressar também a velha fratura entre quem pode e quem não pode pagar tratamentos – reverberando os tradicionais contrastes desenvolvidos/em desenvolvimento, primeiro/terceiro mundo, ricos/pobres, norte/sul, que a epidemia de HIV/SIDA tinha por momentos suprimido. Quando os meios faltavam para todos, quando não havia tratamentos eficazes nem conhecimento suficiente, a impotência a todos nivelava: a ricos e a pobres, a norte e a sul, a leste e a oeste. Para os que já estavam habituados a não ter meios para enfrentar as mais preveníveis e tratáveis das doenças, a ver os filhos sucumbir a disenterias e pneumonias, a SIDA era mais uma dificuldade – e não necessariamente a pior, quando o quotidiano se traçava em sobreviver, obter água potável, calorias, fugir aos abusos do Estado, dos gangues ou das fações em guerra. Porém, para os que viviam quotidianos longe de infeções e vulnerabilidade, em Estados com garantias sanitárias, vacinas alcançáveis, antibióticos abundantes, clínicas de vanguarda, uma doença como a SIDA foi um choque imprevisível: que doença era essa, de singular recorte epidemiológico, transmissível como a sífilis, imbatível como o cancro – primeiro foi conhecida como «cancro gay» – e incapaz de se render à medicina mais moderna? Seria culpa dos políticos, como muitos nos Estados Unidos acreditavam? Por homofobia? Racismo? Medo dos estilos de vida de alguns? Negligência perante as populações em risco?

Se era por falta de alguma coisa, bem tentaram providenciá-la os ativistas da primeira vaga de indignação e ação. Chamaram a atenção; sensibilizaram o público; mobilizaram fundos para pesquisa; pediram soluções, tratamentos, remédios e, obviamente, que viesse a cura. Acreditava-se que com mais dinheiro e menos impedimen-

tos burocráticos se chegaria lá mais depressa. Arranjou-se o dinheiro, quebraram-se os impedimentos, mas a cura tardava. Passaram anos e perderam-se muitas vidas até que aparecesse alguma coisa palpável e capaz de fazer a diferença. Mas pelo caminho, ao longo desses anos e dessas vidas que neles se perderam, alguma coisa menos «palpável», mas não menos importante, se veio a desenvolver.

O ativismo gerado neste contexto criou um novo movimento social que teve impacto e influência nos mais variados planos e acabou por transformar a política internacional de SIDA e, em consequência, muitas das políticas nacionais pelo mundo fora. Curiosamente, foi uma política local, circunscrita, de grupos, que lhe deu origem. Enquanto na maioria dos países a nova doença era sonogada com um «não temos disso», nalguns focos sociais particulares desenvolvia-se uma consciência e práticas que influenciariam as políticas internacionais. Era a dignificação da pessoa com SIDA (ao tempo designada também como PWA, para *Person/People with AIDS*), a criação de estratégias de sobrevivência, de apoio doméstico, de comunidade, a luta pelos direitos civis, o combate à homofobia que imperava ainda nos anos 1980, o desenvolver de um tipo de ativismo reivindicativo, pedindo mais tratamentos, mais ciência, mais conhecimento público, mais imaginação e eficácia preventiva, descobrindo que se deve trabalhar incluindo os doentes e portadores em vez de os excluir e isolar, como nas epidemias tradicionais em que o dogma era a criação de quarentenas e lazaretos.

Pela segunda metade da década de 1980, parte dessa energia política tinha chegado às mais altas esferas da OMS e de algumas das fundações e agências doadoras de recursos aos países em desenvolvimento; ainda não existiam remédios apropriados para a SIDA, mas já existiam importantes desenvolvimentos no plano da prevenção, da criação de consciência, educação e redução dos efeitos do estigma. Havia ação global, esforços internacionais, transnacionais, globais; criação de pontes, laços, cooperação; a humildade e empatia andavam de mãos dadas com a indignação criativa e a radicalização política. Para muitos, era todo um novo universo de consciência, emoções e ação política. A dada altura parecia que um mundo inteiramente novo estava a nascer no plano da saúde, que as políticas internacionais iriam transformar-se para sempre. Assuntos como *empowerment*, capacitação, género, sexo, opressão, prevenção, trocas, educação, tornaram-se tão frequentes nas reuniões internacionais de SIDA quanto eram os temas de ensaios clínicos ou pesquisas de laboratório. A influência dos fatores sociais e políticos nos padrões sanitários já não era apenas o credo da saúde pública: estava à vista de todos.

Em 1996, após anos e anos de tentativas e erros, demasiado tarde para alguns, e mesmo a tempo para alguns outros, veio a notícia de que se tinha conseguido chegar a uma terapia eficiente. Para alguns, era a promessa de mudança imediata: conhecimento médico, drogas eficazes, redenção. Para a maioria, porém, tratava-se de uma quimera; tal como acontecia para as mais banais disenterias e pneumonias, de tratamentos simples porém longínquos, aí estava mais uma cura existente mas distante, inalcançável mesmo.

Estaríamos então, após 1996, no caminho da tradicional bipolarização sanitária, com remédios ao alcance de um pequeno número e o velho mar de impossibilidades para a maioria? Durante uns curtos anos, a inexistência de uma cura tinha juntado a todos em momentos de fervor coletivo e luta internacional; agora, tudo parecia indicar que ao fervor se substituíra a rotina dos mercados, os custos, as mercadorias; que onde tinham estado as reivindicações de cidadania havia agora pautas de consumo, consumo aliás muitíssimo seletivo, dados os preços exorbitantes dos medicamentos. Preços que pouco têm a ver com o custo de fabrico dos medicamentos, mas trazem incluídos os custos da posse privada do conhecimento: as patentes e *royalties* que dão retorno aos investimentos na pesquisa que se incorpora a cada remédio, cada frasco, cada pílula, soma de uma longa cadeia de operações – cognitivas, legais, químicas, intelectuais, manuais.

E quando este caminho de regresso ao passado parecia assustadoramente próximo, outra coisa aconteceu. Por todo o lado, a sublevação geral contra a SIDA deixara marcas indeléveis: na consciência global sobre a pandemia, no envolvimento de múltiplos setores da sociedade numa agenda comum, na consciência por parte das autoridades que as dimensões sociais não são um adorno analítico mas uma peça central para entender o padrão sanitário.

CONTORNANDO AS FATALIDADES ANUNCIADAS: RESPOSTAS BRASILEIRAS

Foi nesse quadro geral que do Brasil chegaram notícias exemplares de controlo do crescimento da epidemia, de disponibilização de tratamentos, de dignificação da condição de infetado e de alívio generalizado do *stress* coletivo. De vários pontos do mundo se levantaram perguntas: qual o segredo, qual o modelo, como podemos chegar lá? Pude testemunhar situações como esta em direto: num contexto académico norte-americano vi e ouvi delegados da China e da Índia pedirem inspiração aos colegas do Brasil; e em uma dessas ocasiões os delegados brasileiros eram nada menos que o casal presidencial cessante, o sociólogo Fernando Henrique Cardoso, que fora presidente quando as decisões cruciais para a nova política de HIV/SIDA foram tomadas, e a antropóloga Ruth Cardoso, que a partir de Brasília se envolvera plenamente na conceção e dinamização dos novos modelos de intervenção sobre a epidemia⁵.

Inquirido sobre as razões do sucesso brasileiro no combate à epidemia, o ex-presidente não tirou créditos pessoais do programa que se iniciou no seu mandato e se

(5) Pude testemunhar este interesse internacional nas políticas de SIDA do Brasil quando fui pesquisadora visitante no Watson Institute for International Studies, Brown University, em 2004 e 2006/7. Agradeço o apoio da Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento e o acolhimento do Departamento de Estudos Portugueses e Brasileiros.

manteve para além deste; pelo contrário, produziu uma análise sociológica em que destacou o vigor da chamada sociedade civil brasileira como principal fator do processo que se tornaria exemplar em políticas de medicamentos, de negociações com a Organização Internacional de Comércio e investimento público na área da saúde.

A resposta não era, como frequentemente nas áreas da saúde, sobre a eficácia dos remédios, nem continha uma mostra de tabelas sobre taxas de sucesso. Tão pouco era de gráficos de epidemiologia; ou um discurso sobre iniciativas individuais de políticos célebres. Tão pouco era uma cronologia de eventos chave. Era uma singela explicação sociológica, coisa rara nestes ambientes, que a muitos impressionou: o Brasil tinha uma sociedade civil forte, interventiva, e por isso conseguira controlar a epidemia.

Porém, como em todas as análises, há aqui algumas limitações e problemas, que tentarei aprofundar nas secções seguintes. É verdade que no Brasil existe um poderoso movimento social em torno da SIDA – ou, como se sugere, uma «sociedade civil» organizada. Incluem-se aqueles que foram mais diretamente afetados, portadores da doença ou do vírus, seus familiares e próximos, os vulneráveis e em risco, os que se sentiram impotentes para tratar ou disponibilizar meios de tratamento; os que perderam os seus próximos, os que se indignaram e os que aprenderam a solidariedade; ou os que simplesmente foram sensibilizados pela magnitude e contornos da epidemia. A componente mais expressiva desse movimento terá sido o conjunto de ONGs que se desenvolveram especificamente para a epidemia, e sobretudo, mas não exclusivamente, nas grandes cidades de São Paulo e Rio de Janeiro.

ANTECEDENTES: GÊNESE DE UMA «SOCIEDADE CIVIL FORTE»

De onde vem essa característica que se tornou um lugar-comum sobre o Brasil, a «sociedade civil forte», por vezes referida como se de uma sua qualidade, desígnio ou propriedade física se tratasse? Não de muito longe; todo um outro cenário se apresentava em finais da década de 1980 e princípios de 1990 – quando o Brasil, ao contrário de exemplo a seguir por outros, representava uma fonte de preocupação para as agências internacionais enquanto lugar onde a epidemia se podia tornar explosiva. O país vinha a sair de uma longa ditadura que não contemplava muitos dos mais básicos direitos de cidadania. Num certo sentido, o movimento iniciou-se precisamente na luta contra a ditadura e beneficiou do apoio internacional às causas humanitárias, ao desenvolvimento e ao fortalecimento de uma agenda de direitos civis. As associações comunitárias receberam diversas influências, incluindo de certos setores católicos e das agências internacionais de apoio ao desenvolvimento (e.g. Fundação Ford) e viradas para a redução do sofrimento social (e.g. Cruz Vermelha Norueguesa). Como apontaram alguns analistas, a própria expressão «Organização Não Governamental», ou ONG, desenvolveu-se em função do apoio financeiro e logístico vindo de agências

localizadas a norte com o objetivo de combater os regimes autoritários na América latina (Landim, 1988). Uma das razões evocadas para o justificar era a de não existir uma sociedade civil forte no Brasil, sendo assim necessário fortalecê-la enquanto meio para promover o desenvolvimento e a democracia.

O apoio financeiro às ONGs locais por parte das agências de desenvolvimento rapidamente mostrou resultados. Ao despontar da epidemia de SIDA já existia suficiente espaço organizacional para que um setor se orientasse para esta, tornando-se a epidemia um importante catalisador de ativismo social – e o movimento social assim gerado recrutou um tipo de energia radical que ia muito para além da luta por direitos individuais que configurava o ativismo de luta contra a SIDA, por exemplo, nos Estados Unidos. De certo modo, o movimento no Brasil tinha uma orientação mais universal que a sua contrapartida norte-americana: enquanto os ativistas de Nova Iorque lutavam por resultados imediatos e reivindicavam direitos junto dos políticos que pessoalmente os representavam enquanto eleitores, os ativistas brasileiros desenhavam agendas mais radicais e abrangentes – tendo todavia menores expectativas de as ver cumpridas de imediato, saídos que estavam de uma ditadura militar e uma sucessão de governos autoritários.

UMA OUTRA DIMENSÃO: PARA ALÉM DA SOCIEDADE CIVIL

Uma outra dimensão, que se entrosa e entrecruza, mas não se confunde, com a dinâmica da sociedade civil em torno da epidemia, é o da produção de conhecimento sobre SIDA. Há que perguntar que dinâmicas se geraram localmente, como se articularam a sociedade civil e os setores de produção de conhecimento, como criaram sinergias ou antagonismos, como se articularam com as esferas globais de produção de conhecimento.

Tal como em qualquer outro lugar do mundo, a escassez de conhecimento operacionalizável para abordar a epidemia propiciava que todo e qualquer pedaço de informação, saído de laboratórios ou inventado na mesa de um bar, propagado em pasquins (não havia ainda internet) ou de boca em boca, ou ainda publicado em revistas consolidadas, se tornasse um bem precioso, de rápida circulação e uso. Fosse um detalhe do genoma do HIV, um remédio caseiro do qual se dizia ter resultados, um tónico saído de um laboratório credível ou do repertório *New Age* de plantas e tisanas, de experiências clínicas espontâneas com drogas farmacêuticas preexistentes ou de tradições mais exóticas, da farmacopeia chinesa ao repertório de curas africanas, tudo circulava depressa, ganhava vida própria e existência para além do contexto de pesquisa em que tinha surgido. Falava-se, nas ruas e nos bares, de resultados da pesquisa genética; falava-se, nas bancadas de laboratório, de relatos extraordinários sobre rituais de canibalismo e orgia associados à origem da SIDA. Os fluxos de conhecimento sobrepu-

nam-se, misturavam-se, interferiam uns nos outros: conhecimento científico, conhecimento clínico, conhecimento organizativo, política ativista, modos de enfrentar a doença, e tantas outras dimensões racionais, emotivas e práticas do conhecimento, incluindo rumores, boatos, efabulações, preconceitos e teorias de conspiração.

O HIV tinha sido recentemente descrito e apresentado como uma nova entidade. Existia uma margem de contestação perante a sua evidência – o consenso não era universal, algo que sempre aconteceu na história da medicina: os consensos demoram a ser atingidos. A história das doenças infecciosas está plena de exemplos que demonstram a morosidade do processo: podem passar décadas entre a identificação de um agente patogénico e o estabelecimento de consenso sobre etiologia e modos de transmissão, para não falar do consenso sobre tratamentos, prevenção e medidas de saúde pública a tomar. Assim foi para a cólera (Rosenberg, 1962), sífilis (Brandt, 1985; Carrara, 1996), varíola (Bhattacharya e Brimnes, 2009), febre amarela (Benchimol, 1999; Lowy, 2001).

Mas na SIDA tudo se impôs publicamente com urgência máxima, ninguém podia esperar pelo consenso, divergências teóricas tornaram-se causas políticas, por vezes com efeitos trágicos. Assim aconteceu em torno do jornal *New York Native*, que sempre negou a importância do HIV (Bastos, 1999; Epstein, 1996) – ou, num plano mais amplo, na África do Sul durante o mandato de Mbeki (Fassin, 2007; Susser, 2009). Em muitos lugares a ciência saiu das torres de marfim para a rua, e a rua entrou para os laboratórios; ou, pelo menos, algumas ruas entravam com mais pujança e firmeza pelos laboratórios dentro – as ruas onde o desespero se sentia mais alto, onde as pessoas pareciam morrer mais depressa e em massa, onde a urgência se impunha, onde os meios não faltavam. Eram as comunidades *gays* urbanas, com mais poder de representação, intervenção, negociação. Numa primeira fase, essa influência equivalia a pedir mais pesquisa, resultados mais rápidos e mais eficientes; o apoio era dado através de coletas e também de voluntários para a pesquisa. Numa segunda fase, o ativismo terapêutico desenvolveu formas mais complexas e sofisticadas de influência; os ativistas faziam o levantamento de todo o campo, assinalavam lacunas no conhecimento, apontavam redundâncias e repetições, formulavam perguntas, ofereciam os seus próprios corpos, tecidos, células, colheitas, gânglios, para a pesquisa, participavam de corpo inteiro em ensaios clínicos, abriam linhas de exploração ao sistema imunitário, às infeções relacionadas com o HIV, aos tratamentos das mesmas, às terapias diretamente dirigidas ao HIV ou suas componentes. Isto ocorreu sobretudo no início da década de 1990, e algumas das discussões incidiram sobre antirretrovirais que viriam a ser parte do consenso terapêutico anunciado em 1996. Esta interação pode ser interpretada na linha do que acontecera na década anterior com o impacto do movimento das mulheres na saúde (Epstein, 1996). Mas o impacto da influência dos grupos interessados nos resultados da pesquisa corria agora com muito mais força e rapidez – e o alcance era muito mais amplo.

Restava saber se, com a globalização da epidemia, se ampliava também o envolvimento dos diversos atores locais, como aqueles que há muito trabalhavam na frente das epidemias e endemias, que as tinham no quotidiano da saúde coletiva e cuja experiência quotidiana demonstrava a importância das variáveis sociais na distribuição da saúde e da doença. As comunidades *gays* norte-americanas, tal como o movimento das mulheres duas décadas antes, tinham conseguido assinalar algumas das suas necessidades e algumas das linhas de pesquisa a que devia ser dada prioridade; haveria aqui paralelo? Por exemplo, dar prioridade ao desenvolvimento de tratamentos de baixo custo, de modelos de prevenção localmente eficientes, de estudos sobre potenciais sinergias entre HIV e doenças localmente prevalentes, co-fatores infecciosos, patologias específicas, e sobretudo trazer a sua experiência com doenças infecciosas para o grande fluxo mundial de pesquisa sobre SIDA?

Uma coisa parecia óbvia: que os cientistas do terceiro mundo estavam muito mais familiarizados com as doenças infecciosas que os seus colegas dos Estados Unidos. Nos anos que imediatamente antecederam a eclosão da SIDA, a especialidade de medicina tropical quase tinha desaparecido dos países do norte. Nos do sul, pelo contrário, estava viva e vibrante. Porque não esperar dessa situação um potencial e significativo contributo para o conhecimento global da SIDA? Com essa hipótese parti para a pesquisa empírica no Brasil em 1990.

O BRASIL NO SISTEMA MUNDIAL

Em 1990 existia apenas uma droga aprovada para o HIV, de custo elevado e eficácia limitada. O quadro geral era o de não existir uma «cura» – e de não se saber se tal viria, alguma vez, a acontecer. Parece que foi há muito tempo: o genoma do HIV estava a ser decifrado e, no processo, desenvolviam-se os estudos genéticos. Havia muito, muitíssimo para aprender, e a SIDA era de certo modo um catalisador de inovação. Muito estava ainda por definir – no quadro interpretativo da nova doença, em termos globais, e nas práticas locais com que era enfrentada. Não existia consenso sobre os melhores modos de fazer face à nova doença; o consenso era um processo em construção, levantando assim inúmeras questões no âmbito do meu incipiente estudo etnográfico dos processos de produção de conhecimento científico e dos termos das relações local-global no seu âmbito. Como se encaixava a nova doença num contexto em que a especialidade médica de doenças infecciosas e parasitárias (DIP) se mantivera em destaque? Que ligações sobressaíam entre a nova infeção e as infeções prevalentes, a pobreza prevalente e os seus impactos na saúde, a fratura entre ricos e pobres, entre os primeiro e terceiro mundos internos à própria nação? Como se abordava a SIDA na clínica, nos meios de comunicação, nas políticas públicas? Seria possível resgatar para o tratamento da SIDA o saber local acumulado relativo a doenças infecciosas? Ou esta-

ríamos em presença de algo inteiramente novo e diferente? Haveria alguma conexão entre a pesquisa acumulada dos cientistas e clínicos locais, ou as demandas da epidemia de SIDA reformulavam os termos da pesquisa por inteiro? E os desenvolvimentos locais, teriam algum impacto na produção global de conhecimento?

Sintetizando ao extremo, o que encontrei no terreno agrega-se em dois planos distintos: o que se passava no cerne dos tratamentos, pesquisa biomédica, assistência, por um lado, e, por outro, o que se desenvolvia no plano político e social. Em ambos abundava o potencial inovador, a criatividade aliada à experiência; mas no plano científico, clínico e mesmo em setores da epidemiologia, o quotidiano em torno da SIDA, entre urgências e pressões, relegava esse potencial de inovação para uma posição tímida e discreta. Os clínicos optavam por seguir o que estava sancionado na literatura mais do que arriscar hipóteses vindas da sua própria experiência; e os cientistas incorporavam-se como parceiros em projetos internacionais cujos termos eram definidos mais a norte, como analisei em *Global Responses to AIDS* (Bastos, 1999). Dir-se-ia que se auto-allocavam nas periferias do mundo da produção científica. Se não podiam negociar consensos, podiam melhorar os termos da assistência médica, e criaram-se algumas situações – mesmo que em enclaves – em que a assistência médica aos portadores de HIV era excecional. O contributo local consistia sobretudo em estabelecer associações e parcerias de pesquisa, garantir assistência, fazer alguma pesquisa clínica e epidemiológica. A investigação local chegou mesmo a criar perspectivas fortemente inovadoras, como o estudo dos elos entre HIV e tuberculose, que tinham escapado aos estudos nos grandes centros. Mas nem essas contribuições mudaram o sentido global do trânsito do conhecimento científico, sempre, quase sempre, de norte para sul.

No plano social – quer no da produção de conhecimento quer no da intervenção – florescia toda uma outra realidade. A intervenção de agências internacionais e as múltiplas iniciativas locais convergiam para criar um campo de ação e pensamento original. Sem cura química à vista, a palavra de ordem era prevenção – e a prevenção só funcionava se implementada a partir das bases, ou com programas sensíveis à linguagem, cultura e termos das populações alvo. Nesse sentido, os fluxos entre agências centrais e ONGs eram bidirecionais. Contrastando com o que se passava no mundo da biomedicina, as respostas criativas desenvolvidas pelos ativistas no Brasil chegaram rapidamente às instâncias mais elevadas das instituições globais de saúde e daí difundiram-se para todo o mundo. Um bom exemplo vem do contributo de Herbert Daniel (1946-1992), membro da diretoria da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) e fundador do grupo *Pela VIDA*⁶. Escritor e ativista político, Herbert Daniel publicou extensamente no boletim da ABIA e fez palestras em inúmeros lugares. As

suas palavras de ordem eram a recusa da «morte civil» que o preconceito social decretava aos portadores de HIV – marginalizando-os e retirando-lhes direitos – e a promoção da solidariedade (Daniel, 1989, 1993; Daniel e Parker, 1990). A sua voz, junto com a de Herbert «Betinho» de Souza (1935-1997), outro fundador da ABIA com uma longa história de militância anti-ditadura e responsabilidades no importante órgão não-governamental de pesquisa socioeconómica IBASE, bem como uma intervenção direta sobre a epidemia que passava pela sua própria condição de portador (Souza, 1994), influenciaram fortemente a consciência pública brasileira sobre a SIDA enquanto assunto político e social que afetava absolutamente toda a sociedade. Os media tinham vindo a tratar a SIDA não apenas como uma doença *gay* e exótica mas como algo estrangeiro, carregando consigo, para o mal e para o bem, as marcas do mundo desenvolvido. Mas o reconhecimento de que a SIDA era um problema direto de figuras públicas – aliás de todo o público, de todas as pessoas – teve um papel transformador. Por outras palavras, foi no Brasil, antes de todos os outros lugares, que se lançou e desenvolveu a noção de que a SIDA era um problema de saúde pública que afetava a sociedade inteira, e não um assunto de apenas alguns.

A promoção de consciência sobre a SIDA assim proposta incluía todo um conjunto de mensagens a respeito da prevenção, da partilha de responsabilidades, da redução de estigma, e da promoção de solidariedade. A OMS acolheu e tornou suas, com o devido reconhecimento, as propostas que Herbert Daniel articulou. Jonathan Mann (1947-1998), o histórico líder do programa global de SIDA da OMS que trouxe a agenda de direitos humanos para o centro da intervenção sanitária e ação anti-SIDA, conhecedor profundo do modo como os fatores sociais e culturais influenciam os padrões sanitários, reconheceu-o publicamente e para a posteridade prestando uma homenagem pública a Herbert Daniel no âmbito da Conferência mundial de SIDA de 1992, em Amesterdão, e dedicando-lhe o importante volume *AIDS in the World* (Mann, Tarantola e Netting, 1992).

Em suma: nestas esferas de produção de conhecimento estávamos em presença de formas de circulação multidirecionais, em contraste com o que se passava no mundo do conhecimento biomédico, mais atreito às estruturas tradicionais de difusão unívoca de centros para periferias, e onde a contribuição do sul, ou terceiro mundo, ou setores subalternos, se limita ao de fornecer dados, ser objeto, mas não de desempenhar o papel de sujeito ativo e autor de propostas inovadoras de conhecimento.

INTERCONEXÕES

Como se explica este contraste, este fosso entre estas esferas de produção de conhecimento? Se imaginarmos um mundo densamente conectado, como sugerem os teóricos da globalização, nele emergem redes de diferentes densidades, com qualidades

(6) Fundado no Rio de Janeiro em 1989, inspirado sobretudo pela ação de Herbert Daniel, o «Pela VIDA» (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) foi um grupo pioneiro na luta pelos direitos dos portadores de HIV e veio a ter várias réplicas noutros pontos do Brasil.

próprias e contingências históricas diferentes. Veja-se o caso da liderança de Jonathan Mann no Programa Global de SIDA da OMS, que fez toda a diferença na promoção das organizações comunitárias enquanto parceiras na luta contra a AIDS. Fossem trabalhadoras de sexo, ativistas religiosos ou militantes gays, as vozes das comunidades eram cruciais para entender, reagir e intervir na epidemia. O conhecimento fluía em diversas direções, para trás e para a frente, encurtando e invertendo as hierarquias. Nada de semelhante acontecia no mundo *high-tech* da medicina contemporânea – embora houvesse muitíssimo para aprender nas enfermarias dos hospitais mais remotos e periféricos.

Durante a pesquisa de campo apercebi-me que as redes do mundo biomédico e as redes da ação social – estas mais íntimas das ciências sociais, até porque muitos dos líderes de ONGs eram cientistas sociais – viviam em esferas separadas que não se sobrepunham, embora partilhassem o mesmo grande alvo. Assim era o Rio de Janeiro no início da década de 1990. Ainda que as grandes ONGs se tivessem fundado com a participação de médicos e pesquisadores biomédicos, parecia haver pouca comunicação entre estes e os ativistas sociais. Por um lado, os ativistas olhavam para os serviços de saúde enquanto parte da esfera governamental, ou seja, emanando do meio a que por definição se opunham – mesmo que, individualmente, os médicos e outros profissionais de saúde pudessem ser bons parceiros numa luta comum⁷. Em contrapartida, os médicos infeccionologistas viam os ativistas como máquinas de reclamar que por vezes exageravam e erravam de alvo, que se mostravam incapazes de perceber e apontar as verdadeiras dificuldades no tratamento da SIDA, de tão perdidos na retórica sobre direitos humanos, preservativos e coisas semelhantes, incapazes de lutar pelos direitos de saúde básicos necessários para abordar a SIDA em muitas populações.

Tínhamos, portanto, duas esferas separadas. A interação medicina-organizações sociais que tinha conhecido antes, em Nova Iorque, conjugada no mundo do ativismo de tratamentos, não teve até meados da década de 1990 qualquer contrapartida no Brasil. E mesmo então, o que se desenvolveu foi em resposta às tentativas de implementar localmente ensaios clínicos de vacinas, os quais foram vistos com desconfiança num país habituado a reagir contra experiências farmacêuticas potencialmente nefastas⁸.

(7) Com uma conjuntura e situação política e económica bastante diferentes das que tinham o Rio de Janeiro, a cidade de São Paulo foi desde os anos 1980 palco de interações criativas e articulações conjugadas envolvendo ativistas, profissionais de saúde e órgãos do estado.

(8) A resistência à possibilidade de ser usado como cobaia (tema transversal que foi exorcizado em filme por Fernando Meirelles a partir do romance de John Le Carré, *Constant Gardener*, de 2001, e é objeto de análise aprofundada em Fassin, 2007) aflorou no Brasil em meados de 1990 perante as propostas da OMS e vários laboratórios para testar protótipos de vacinas. Enquanto nos Estados Unidos a corrida à participação em ensaios clínicos era grande, no Brasil o temor afastava os potenciais candidatos. As discussões então geradas deram origem a que também no Brasil se desenvolvesse um tipo de ativismo especializado em tratamentos (v. Bastos 1999).

Quando encerrei o trabalho de campo no Brasil e escrevi *Global Responses*, em meados dos anos 1990, as minhas expectativas relativas ao impacto do Brasil na produção global de conhecimento sobre SIDA não tinham encontrado contrapartida factual. Não encontrava indícios de influência significativa com impacto transformador, paralelo ao que se tinha visto, mais a norte, por influência do ativismo *gay* no mundo da pesquisa biomédica. Tive de me conter na teorização de novos padrões de interação global e de novos modos de produção de conhecimento. Se na esfera do ativismo se podia encontrar uma intensa circulação de conhecimento em várias direções e alcançando largas partes do globo, no cerne da biomedicina as interações seguem um padrão conservador e instalado, fluindo dos centros para as periferias. As novidades vinham do primeiro mundo. Se uma cura para a SIDA viesse a acontecer, seria ao estilo do primeiro mundo, e muito provavelmente pronta a replicar o fosso entre ricos e pobres que secularmente se reproduzia.

MUDANÇAS

E no entanto algo mudou seriamente a partir de 1996, quando foi anunciada, na conferência internacional de SIDA em Vancouver, a existência de uma combinação de antivirais efetiva. Tal como o AZT no passado, essa promessa de cura prometia ser cara. A terapia ideal consistia numa sucessão de *cocktails* antivirais, sendo que cada um dos ingredientes tinha em si um preço proibitivo. Não que as matérias-primas ou o processo de produção os fizessem caríssimos; era um fator menos tangível que os tornava caros, os chamados custos de conhecimento. As farmacêuticas que tinham desenvolvido as drogas pediam retorno pelas despesas envolvidas no desenvolvimento destas fórmulas.

Foi neste ponto que o Brasil teve uma iniciativa inovadora na complexa teia que entretecia assistência médica, justiça, conhecimento, direitos comerciais e direitos humanos. Os novos tratamentos pareciam encarnar a possibilidade de cura, reduzindo radicalmente os sintomas e tornando indetetável o HIV no sangue. Mas a um preço muito elevado, dado que incluía os custos da produção de conhecimento, as patentes, os *royalties*. Mas cobrar pelos direitos de fórmulas que podem ser a única forma de garantir sobrevivência – e particularmente neste caso, em que tinha havido tanta pressão, atenção e vigilância sobre todo e qualquer pedaço de conhecimento que pudesse ajudar a fazer face à SIDA – tinha implicações morais, aliás, ressonâncias de imoralidade. Generalizaram-se as críticas e pressões sobre as companhias farmacêuticas, para que baixassem os preços e disponibilizassem os medicamentos para muito mais gente.

O Brasil foi capaz de ultrapassar este problema; os tratamentos foram integrados na rede pública de assistência. Como foi isso possível? Para melhor o percebermos, temos de equacionar os vários planos que se articularam e mobilizaram em torno dos trata-

mentos: o sistema de saúde pública; a especialidade de doenças infecciosas, DIP; o desenvolvimento e amadurecimento de uma cultura de SIDA de múltiplos atores; a legislação; o desenvolvimento técnico e industrial no setor farmacêutico; o poder de negociação no cenário internacional. Vejamos brevemente em que consiste cada um deles.

(a) Do sistema de saúde pública: nichos de excelência

Mesmo com baixas dotações e por vezes funcionando em termos precários, o Sistema Universal de Saúde garantia assistência a todos os brasileiros; nem sempre, porém, essa assistência possuía os meios necessários para cumprir a sua missão. Nos anos 1980, quem podia pagar assistência privada assim o fazia, deixando o setor público para quem não tinha outra escolha. Era porém no sistema público – por vezes em autênticas «ilhas de excelência» – que existiam alguns dos melhores equipamentos e dos profissionais mais qualificados, como acontecia com os hospitais das universidades federais. Alguns dos procedimentos mais complexos, sofisticados e caros só podiam ser encontrados nesses lugares – e nunca no setor privado. Mais ainda, foi nalguns desses lugares de excelência do setor público que se desenvolveram alguns dos protocolos de pesquisa sobre SIDA que trouxeram com eles melhores equipamentos e mais possibilidades de assistência, criando assim nichos de elevada qualidade cujo impacto foi muitíssimo importante no curto, médio e longo prazo: na assistência e desenvolvimento de um padrão de qualidade em termos absolutos.

(b) Da especialidade de doenças infecciosas (DIP): a vocação social

A SIDA foi alocada à especialidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias logo nos primeiros anos da epidemia, embora também tenha sido considerada pelo setor de oncologia e tratada na área de doenças alérgico-imunológicas. A especialidade de DIP estava praticamente instalada no sistema público, dirigida a populações pobres, afetadas por doenças endémicas e epidémicas, das quais estavam protegidos os grupos de padrão económico mais elevado. Quem pertencia à DIP estava geralmente mais envolvido com as populações pobres e mais pronto a dedicar-se às causas públicas.

(c) Do amadurecimento de uma cultura de SIDA de múltiplos atores: convergências

O desencontro e relativo antagonismo entre os diferentes setores implicados na epidemia nos anos 1980 – ONGs, governos locais, governo federal – deram lugar a trabalho coordenado e articulado, não de todo estranho à disponibilização de um enorme investimento do Banco Mundial, nos anos 1990, que requeria ação coordenada (Biehl, 2005; Foller, 2005). A existência de objetivos palpáveis, como as terapias antirretrovirais, ajudou a viabilizar estas alianças e a ultrapassar algumas diferenças políticas e ideológicas.

(d) Da legislação: a proteção da vida

A constituição brasileira garante proteção a todos os cidadãos; levando esse princípio até às últimas consequências, advogados implicados na luta contra a SIDA na cidade de São Paulo fizeram ações contra o governo por não fornecer o meio de salvar a vida dos portadores de HIV – os antirretrovirais. Foram bem sucedidos: o tribunal decidiu que o serviço público deveria fornecer esses medicamentos gratuitamente enquanto medida de proteção da vida (Scheffer *et al.*, 2005). O precedente assim criado levou à tomada de decisão, por parte do governo, de disponibilizar esses tratamentos na rede pública. Tal nunca teria sido possível se não existisse uma história acumulada de intervenção e articulação dos diferentes setores.

(e) Do desenvolvimento técnico e industrial no setor farmacêutico

Heróis médicos, sanitaristas, cientistas envolvidos com a saúde e a higiene fazem parte do discurso nacional brasileiro do mesmo modo que guerreiros, santos ou ideólogos fazem parte do discurso de outras nações. Desde os inícios do século XX que se desenvolvem laboratórios locais autossuficientes, com uma indústria farmacêutica e com o desenvolvimento de conhecimentos sobre doenças infecciosas e parasitárias. Mesmo nos anos da ditadura militar, que se pretendia pela modernização, a ciência manteve um lugar importante. Combinando esta vertente com a existência de sofisticados laboratórios, *know how* farmacêutico e compromisso com causas sociais, os cientistas brasileiros foram capazes de replicar – por engenharia reversa – as fórmulas de alguns dos novos antirretrovirais. Tal capacidade aumentou exponencialmente a possibilidade de negociar os custos de patentes.

(f) Do poder de negociação no cenário internacional

O Governo brasileiro fora signatário do acordo TRIPS (*Trade Related International Property Rights*), ficando assim limitado a cumprir as regras de patentes e *royalties* que se aplicavam aos antirretrovirais. Todavia, a pressão conjunta do que já era então uma sociedade civil organizada, com uma agenda comum e capacidade de responder à epidemia com todos os meios possíveis, levou a um braço de ferro contra as farmacêuticas internacionais em que do lado brasileiro se acenava com a possibilidade de pura e simplesmente desrespeitar as leis de patentes e fabricar os medicamentos em território nacional. Esta situação compreende-se melhor à luz de uma longa e complexa história de contraste e aproximação nas Américas, em que ao mesmo tempo que se generaliza o neoliberalismo, persiste a memória de antagonismo à hegemonia norte-americana. Um resquício de resistência anticapitalista, anti-imperialista, ajudou a consolidar as bases de apoio à nova política – mesmo que iniciada num governo pouco liberal que nunca se reconheceria nesses credos. Foi portanto todo um conjunto de fatores históricos que condicionaram uma tomada de decisão que rapidamente se tornou política geral, feliz e exemplar.

CONCLUSÃO

A sinergia e combinação única dos fatores descritos ajuda-nos a compreender como num momento histórico particular, e antes ainda de se colocar no mundo como um país «emergente», o Brasil foi capaz de dar uma resposta à epidemia de SIDA única e exemplar. Nenhum fator singular pode ser isolado como «o» fator responsável pelo sucesso, que resulta desta complexa combinação de forças, acontecimentos e sinergias. Os esforços desenvolvidos na esfera do ativismo foram reforçados pelas agências internacionais, tornando-se suficientemente forte para, alguns anos depois, «infetar» o governo de modo a agir nos mesmos termos: o «Estado ativista» de que fala Fernando Henrique Cardoso (Biehl, 2005: 115). As ONGs recrutaram o governo para a sua causa no setor público, e a sinergia gerada redundou num conjunto de ações que acabaram por inspirar o mundo inteiro.

Tudo isto se passou antes da atual pujança do Brasil no mundo, e da redefinição dos espaços geopolíticos que alteraram ainda mais o sentido da oposição «norte» e «sul» que ainda no entrar do milénio enchiam os compêndios de sociologia e os manuais de desenvolvimento. Nestas novas condições, conquistada uma presença influente do Brasil, e identicamente da Índia, na definição de políticas de medicamentos e no fabrico dos mesmos, toda uma outra equação de distribuição, negociação e acesso se levanta. O desafio consiste agora em acompanhar os novos desenvolvimentos e políticas de acesso àquele que se tornou o cerne do combate à SIDA no primeiro quartel do século XXI – a disponibilização e tratamentos antirretrovirais a amplas populações, a ultrapassagem da fratura ricos/pobres – e antever fórmulas ainda mais criativas de promover a saúde em contextos de adversidade.

Num momento em que o Estado social e a justiça distributiva alcançada nalguns países europeus está em processo de desmantelamento, quando os argumentos financeiros se sobrepõem aos argumentos da saúde, quando os estados racionam o acesso a tratamentos e os seus conselheiros cedem à lógica dos custos em detrimento da lógica da vida, é duplamente interessante analisar os múltiplos efeitos positivos e o impacto internacional – não apenas em termos de consciência mas em ganhos de saúde, de vidas humanas e consequente benefício económico – de uma política de assistência e prevenção que deu centralidade aos direitos dos doentes, como aconteceu no caso brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, Cristiana (1999), *Global responses to AIDS: Science in Emergency*, Bloomington: Indiana University Press.
- BENCHIMOL, Jaime (1999), *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ.

- BERKMAN, Alan; GARCIA, Jonathan; MUÑOZ-LABOY, Miguel; PAIVA, Vera e PARKER, Richard (2005), A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries, *American Journal of Public Health*, 95 (7): 1162-1172.
- BHATTACHARYA, Sanjoy e BRIMNES, Niels (2009), *Reassessing Smallpox Vaccination, 1789-1900*. Special Issue – *Bulletin of the History of Medicine*, 83 (1): 1-16.
- BIEHL, João (2004), The Activist State: Global Pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil, *Social Text* 80, 22 (3): 105-132.
- BRANDT, Allan (1985), *No magic bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880*, Nova Iorque: Oxford University Press.
- CARRARA, Sérgio (1996), *O tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*, Rio de Janeiro: Fiocruz Editora.
- DANIEL, Herbert (1989), *A vida antes da morte / Life before death*, Rio de Janeiro: Jaboti.
- (1993), *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil: In Another World?* Nova Iorque: Taylor and Francis.
- DANIEL, Herbert, e PARKER, Richard (1990), *A Terceira Epidemia: ensaios e tentativas*, São Paulo: Iglu.
- EPSTEIN, Steven (1996), *Impure Science: AIDS, activism and the politics of knowledge*, Berkeley: University of California Press.
- FASSIN, Didier (2007), *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*, Berkeley: University of California Press.
- FOLLER, Maj-Lis (2005), «Civil Society and HIV/AIDS in Brazil». In Maj-Lis Foller and Hakan Thorn (eds.), *No name fever: AIDS in the Age of Globalization*, Goteborg: Studentlitteratur, pp. 195-226.
- GALVÃO, Jane (2002), A política brasileira de distribuição de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?, *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1): 213-219.
- (2005), Brazil and Access to HIV/AIDS Drugs: A Question of Human Rights and Public Health, *American Journal of Public Health*, 95 (7): 1110-1116.
- LANDIM, Leilah (1988), *Sem fins lucrativos*, Rio de Janeiro: ISER.
- LOWY, Ilana (2001), *Virus, moustiques et modernité: la fièvre jaune au Brésil, entre science et politique*, Editions Archives.
- MANN, Jonathan, Daniel Tarantola, e Thomas Netter, eds. (1992), *AIDS in The World*, Harvard University Press.
- OXFAM, GB (2001), *Drug Companies vs. Brazil: The Threat to Public Health*. Oxford: Oxfam.
- ROSENBERG, Charles (1962), *The cholera years: the United States in 1832, 1849, and 1866*. University of Chicago Press.
- SCHEFFER, Mário et al. (2005), *O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais*, Brasília: Ministério da Saúde.
- SOUZA, Herbert «Betinho» de (1994), *A Cura da AIDS*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- SUSSER, Ida (2009), *AIDS, Sex, and Culture: Global Politics and Survival in Southern Africa*. Wiley-Blackwell.